THESE

DE

Carlos Ludovico Drognat-Landré

THESE

PARA VERIFICAÇÃO DE TITULO

APRESENTADA

Á FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

E PERANTE A MESMA SUSTENTADA

EM MAIO DE 1871

POR

Carlos Ludovico Drognat-Landré

Natural de Paramaribo (Surinam)

Doutor em Medicina pelas Faculdades de Utrecht e Montpellier.

BAHIA

TYP. DE JOÃO GONÇALVES TOURINHO

1871.

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

DIRECTOR

. . . .

VICE-DIRECTOR

O Ex.mo Snr. Conselheiro Dr. Vicente Ferreira de Magalhães.

LENTES PROPRIETARIOS.

OS SRS. DOUTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.° ANNO.
Cons. Vicente Ferreira de Magalhães	Physica em geral, e particularmente em suas applicações á Medicina.
Francisco Rodrigues da Silva	Chimica e Mineralogia.
Adriano Alves de Lima Gordilho	Anatomia descriptiva.
	2.° ANNO.
Antonio de Cerqueira Pinto	Chimica organica.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
Antonio Mariano do Bomfim	Botanica e Zoologia.
Adriano Alves de Lima Gordilho	Repetição de Anatomia descriptiva.
	3.° ANNO.
Cons. Elias José Pedroza	Anatomia geral e pathologica.
José de Goes Sequeira	Pathologia geral.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
	4.° ANNO.
Cons. Manoel Ladisláo Aranha Dantas	Pathologia externa.
. . . .	Pathologia interna.
Conselheiro Mathias Moreira Sampaio	Partos, molestias de mulheres pejadas e de meninos recemnascidos.
	5.° ANNO.
. . . .	Continuação de Pathologia interna.
José Antonio de Freitas	Anatomia topographica, Medicina operatoria, e apparelhos.
. . . .	Materia medica, e therapeutica.
	6.° ANNO.
. . . .	Pharmacia.
Salustiano Ferreira Souto	Medicina legal.
Domingos Rodrigues Seixas	Hygiene, e Historia da Medicina.
. . . .	Clinica externa do 3.° e 4.° anno.
Antonio Januario de Faria	Clinica interna do 5.° e 6.° anno.

OPPOSITORES.

Rozendo Aprigio Pereira Guimarães	Secção Accessoria.
Ignacio José da Cunha	Secção Accessoria.
Pedro Ribeiro de Araujo	Secção Accessoria.
José Ignacio de Barros Pimentel	Secção Accessoria.
Virgilio Clymaco Damazio	Secção Accessoria.
José Affonso Paraizo de Moura	Secção Cirurgica.
Augusto Gonçalves Martins	Secção Cirurgica.
Domingos Carlos da Silva	Secção Cirurgica.
Antonio Pacifico Pereira	Secção Cirurgica.
. . . .	Secção Cirurgica.
Demetrio Cyriaco Tourinho	Secção Medica.
Luiz Alvares dos Santos	Secção Medica.
. . . .	Secção Medica.
. . . .	Secção Medica.
. . . .	Secção Medica.

SECRETARIO.

O Sr. Dr. Cincinnato Pinto da Silva.

OFFICIAL DA SECRETARIA

O Sr. Dr. Thomaz d'Aquino Gaspar.

A Faculdade não approva, nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

PREFACIO.

A IRIDECTOMIA é de todas as operações oculares a que é mais frequentemente empregada, porém tambem a mais delicada. N'este pequeno trabalho daremos apreciações resultantes de numerosas observações por nós feitas em um dos mais importantes cursos clinicos de Paris.

O fim que temos em mira nestas poucas paginas não é dar uma descripção detalhada desta operação, mas somente fazer breves considerações a respeito della e das suas applicações.

DISSERTAÇÃO.

Trataremos primeiramente do mecanismo da iridectomia; depois, do resultado que se obtem desta operação, encarada therapeutica —optica—e mecanicamente.

MECANISMO DA IRIDECTOMIA.

Sabemos que a operação da iridectomia compõe-se de tres tempos, que são:

1. A secção na cornea ou na sclerotica.
2. A extracção de uma parte do iris pela ferida.
3. Excisão da parte desta membrana pela ferida.

A secção é a parte mais difficil da operação, assim como a mais importante; porque é ella que determina o comprimento e a largura da pupilla artificial.

Quanto mais conformes periphericamente se fizer a secção, tanto maior será o comprimento do coloboma. Para se ter pois um coloboma cujo comprimento deva ter a mesma extensão que a do iris, deve-se fazer a incisão na sclerotica no nivel d'elle, i. e. deve se fazer a incisão a um millimetro do bordo da cornea. Se ao contrario a pupilla artificial é tencionada a ter menor comprimento do que

a extensão do iris, a incisão deve approximar-se mais do bordo da cornea ou ser feita nesta mesmo.

A largura da incisão determinando a do coloboma, pode-se ajuizar exactamente da largura da pupilla artificial desejada. Taes são os dous principios essenciaes da operação. Antes de começar a operação, applica-se o dilatador palpebral de ramos encrusados e o operador immobilisa o olho com uma pinça appropriada. Dispensa-se quasi sempre o chloroformio nesta operação. Para a incisão serve-se ordinariamente da faca em forma de lança, angular ou recta.

O manejo deste instrumento requer toda a attenção do operador, para que elle possa conseguir, que os dous fios da faca fiquem igualmente afastados do bordo da cornea, afim de que a ferida seja regular e por consequencia a pupilla. Depois convem que a ponta da faca não fira a capsula do crystallino porque isto causaria inévitavelmente uma cataracta traumatica, seguida muitas vezes de cyclite, irite. e outros accidentes prejudiciaes ao interior do olho e á vista.

Começando a secção convem ter a faca em uma posição quasi perpendicular para com o olho, (suppomos o doente deitado) para que o bordo interno da ferida se ache o mais proximo possivel da inserção do iris. Desde o instante que se conhece que a ponta da faca não acha mais resistencia, abaixa-se o cabo do instrumento de modo que a sua ponta se dirija cada vez mais para a face posterior da cornea, ficando o mais afastado possivel da capsula do crystallino, que, pela sahida do humor aquoso se acha quasi em contacto com a face posterior da cornea.

Para evitar-se o ferimento da capsula do crystallino convem não introduzir-se a faca até a largura toda que se pretende dar a incisão e augmentar esta até onde se quer, por um golpe dado por um dos fios do instrumento na occasião de retiral-o da ferida. Para o fim proposto é preferivel a faca curva (isto é, uma cuja lamina faz um angulo com o cabo) á recta.

Afim de evitar as difficuldades inherentes ao emprego da faca lanceolar, o Dr. Wecker teve a feliz idéa de servir-se da faca es-

treita de de Graefe, porque este instrumento introduzido na camara anterior do olho é separado da capsula pelo iris; podendo-se além disto com elle regular as condições exigidas na ferida. A faca de de Graefe mostra sobretudo a sua superioridade nas iridectomias praticadas em olhos glaucomatosos, que tem uma camara anterior muito estreita.

No caso em que a incisão fôr pequena de mais deve-se augmental-a com uma faca obtusa (couteau mousse). Porém quando não se receia ferir a capsula, bem como na iridectomia que se fizer em casos de cataracta secundaria, então é preferivel alargar com uma tesoura. A experiencia tem demonstrado que a pequena ferida pela acção contundente deste instrumento cura-se facilmente por primeira intenção.

Um accidente que sobrevem algumas vezes durante o acto de fazer-se a incisão é a hemorrhagia na camara anterior, produzida pela lesão das pequenas veias que se achão no canal de Schlemm; elle é algumas vezes prejudicial, (apezar dos authores nada dizerem á respeito desta sua nocuidade) sobretudo no caso do iris estar affectado, ou que esta membrana tiver tendencia á produzir exsudações. O sangue neste caso não é resorvido senão incompletamente e pode occasionar a occlusão total da pupilla. Além disto o sangue impede algumas vezes o ver-se a pupilla, o que é entretanto indispensavel para o segundo tempo da operação.

Antes pois de continuar a operação, convem favorecer a sahida do sangue por meio de ligeiras compressões com a palpebra superior ou inferior, (o que depende do logar da incisão) abrindo os bordos da ferida por meio da cureta de Daviel. Em caso de necessidade repetir-se-ha diversas vezes esta manobra por intervallos de alguns minutos até que a camara anterior esteja completamente vasia delle.

Uma vez feita a incisão, resta puchar para fora o iris, o que se obtem introduzindo na camara anterior a pinça pupillar até junto do bordo do sphincter; porém tendo sempre cuidado em que as pontas da pinça estejam separadas da capsula pelo iris. Depois

abre-se a pinça e pega-se uma parte maior ou menor do iris, conforme o fim que se tem em mira.

Podemo-nos servir ordinariamente da pinça indicada pelo professor de Graefe ou da que o Dr. Liebreich inventou recentemente, e que permitte abrir largamente os dous ramos, mesmo quando a incisão é pequena.

Este tempo da operação é delicado, porque ainda que a extremidade dos ramos da pinça seja obtusa, pode-se em consequencia de um movimento inopportuno correr o risco de abrir o crystalloide. Para evitar-se este accidente é util fazer uma pressão sobre o bordo sclerotico da ferida por meio de uma cureta de Daviel, afim de obter o apartamento dos bordos da ferida, que é quasi sempre seguido da procedencia do iris e que por consequencia dispensa a introducção da pinça na camara anterior.

Tendo-se agarrado com a pinça o prolapso do iris deve-se completamente cortal-o em todo o comprimento da ferida com a tesoura curva (ciseaux coudées) para que não fiquem partes do iris encravadas. Em regra geral convém não introduzir a pinça pupillar segunda vez na camara anterior, pois que a capsula não estando mais protegida pelo iris, poder-se-hia facilmente lesar. Veremos mais adiante que os encravamentos do iris na ferida são muito prejudiciaes sob o ponto de vista therapeutico.

O mesmo operador deve segurar o prolapso do iris e cortal-o; isto é melhor do que encarregar d'este trabalho outra pessoa. Como esse tempo da operação é o mais doloroso, deve ser abreviado, pois ha á temer movimentos do doente, embora o olho esteja immobilisado.

Operadores ha que fazem o segundo e terceiro tempo sem deixar fixar o globo ocular, porem esta pratica parece-nos má, porque deixa muitas vezes a pupilla arteficial incompleta, com encravamento do iris na ferida, e hemorrhagias na camara anterior.

O Dr. Liebreich serve-se de uma tesoura com ramos muito finos, que pode servir com vantagem nos casos em que o crystallino não existe, e n'aquelles em que o iris está degenerado, afim de evitar uma hemorrhagia na camara anterior. Em um tal caso, depois de

ter feito a incisão, não se deve puxar para fóra o iris, pois ter-se-hia inevitavelmente sangue, porem introduzir um dos ramos da tesoura atrás do iris e cortal-o; far-se-ha depois o mesmo em um outro ponto do iris de modo á retirar uma parte sufficientemente larga d'elle. Com este modo de operar alcança-se sempre melhoramento da vista.

Quanto a escolha do lugar em que se deva fazer a iridectomia ha diversos pontos que nos devem guiar.

Praticando-se a operação na parte inferior ha muito menos difficuldade do que na parte superior; o olho tem sempre uma tendencia a volver-se para cima, deixando conseguintemente livre o campo operatorio na parte inferior, emquanto que para operar-se na parte superior, é preciso forçal-o para baixo se o doente é pouco docil. Porem cumpre advertir que praticando-se a operação na parte inferior, se descobre o espaço comprehendido entre o equador do crystallino e a região ciliar, o que faz com que os raios luminosos atravessem em parte o crystallino, e em parte os medios refractorios situados entre as regiões acima indicadas.

O doente experimentará deslumbramento que não se daria, se a pupilla fosse feita na parte superior porque a palpebra superior cobriria a parte superior do coloboma.

Esta vantagem optica obriga á fazer a pupilla na parte superior salvo nos casos de opacidade na parte superior da cornea, e da extracção de cataracta em que aquella consideração não tem valor.

Terminada a operação limpa-se as feridas dos coagulos e do pigmento que n'ella se podem achar e em caso de necessidade instilla-se solução de atropina logo depois, porque nunca contestamos a irritação dos bordos da ferida por este liquido que alguns authores dizem ter observado.

Applica-se a ligadura compressiva sobre ambos os olhos durante quarenta e oito horas, mudando-a, depois de vinte e quatro.

A reunião por primeira intenção faz-se ordinariamente algumas horas depois da operação.

Nunca vimos suppuração da ferida, que é causada pela pouca largura e altura do retalho.

DO FIM DA IRIDECTOMIA.

Como já dissemos no começo d'esta these propomo-nos á obter tres resultados quando praticamos a iridectomia.

Encaremos esta operação sob o ponto de vista therapeutico e examinemos os casos em que ella é indicada.

Sabemos que a iridectomia é empregada contra o glaucoma em todas as suas formas, e que os resultados são surprehendedores, se tivermos escolhido bem a occasião azada, para pratica-la.

É um facto bem verificado que a iridectomia diminue a tensão intra-ocular augmentada e que é este augmento de tensão que produz todos os symptomas do glaucoma. A causa da dureza do olho é provavelmente a consequencia de uma tensão interior pathologica do iris, que por seu turno é causada por uma disproporção entre a acção do sphincter e do dilatador do iris. Ao menos as experiencias que temos ensaiado sobre a causa do glaucoma tornão esta hypothese muito provavel.

Uma vez admittido este desaccordo entre os dous musculos do iris e a tensão interior augmentada comprehende-se que a iridectomia deve fazer cessar esta causa. Para que a iridectomia corresponda ao fim therapeutico com que é empregada, convem que a pupilla artificial seja larga e occupe toda a altura do iris, isto é, a distancia comprehendida entre o bordo do sphincter e o bordo peripherico do iris. Eis as duas condições essenciaes que devem pesar no espirito do operador.

Uma questão assás difficil é a de saber a occasião opportuna de fazer a operação. O glaucoma apresenta-se sob diversas formas: aguda, sub-aguda, chronica ou com a forma de accessos inflammatorios. No caso em que o glaucoma fôr agudo não deve haver hesitação em operar o mais breve possivel, porque cada momento que se perde é mais um passo dado para funestas consequencias causadas pela compressão do nervo optico, que não tardará a perder completamente a sua sensibilidade, se a compressão fôr pro-

longada. Ainda que menos apressadamente praticar-se-ha do mesmo modo nos outros casos.

Para o caso de glaucoma que se apresenta sob a forma de accessos inflammatorios separados por intervallos mais ou menos longos, ha muitas vezes hesitação da parte do operador, porque praticando elle a iridectomia em um momento em que a vista é normal, o doente lhe será pouco reconhecido, por causa da diminuição de vista, que a pupilla artificial e o astygmatismo que se manifesta muitas vezes nas feridas da cornea e da sclerotica, lhe causarem; sobretudo quando o doente sabe por experiencia que os accessos inflammatorios desapparecem muitas vezes, sem diminuição da agudeza da vista.

Além do que, acontece algumas vezes que o diagnostico do glaucoma é difficil, e que não se pode estar certo de encontrar uma excavação atrophica do nervo optico; porque nem sempre será facil decidir por meio dos dedos se a tensão do olho está realmente augmentada. Não temos ainda, infelizmente, um tonometro, que indique satisfactoriamente a tensão do olho.

Nos casos difficeis cremos que é preferivel retardar a operação e observar exactamente, por intervallos mais ou menos longos, o estado da vista central e peripherica, para emprehender a operação quando um accesso inflammatorio poser em risco as funcções do nervo optico.

É evidente que nos casos de glaucoma absoluto, isto é, n'aquelles casos em que não ha sensação da luz, a operação não deve ser feita senão quando ha dores que dependem da compressão dos nervos ciliares. Uma razão de mais pela qual a iridectomia deve ser evitada mesmo nos olhos que se acham incluidos no caso ácima mencionado, é que alguns authores tem observado que a iridectomia praticada em um olho affectado de glaucoma, provoca algumas vezes um glaucoma no outro olho ou um accesso inflammatorio, no caso de já existir um glaucoma chronico.

Na iridochoroidite chronica a iridectomia preserva o olho dos ataques inflammatorios desta molestia e diminue a tensão do globo que nesta affecção é muitas vezes augmentada, sobretudo se ha

occlusão da pupilla. Além disto faz-se uma abertura atravez da qual passam os raios luminosos. A pupilla deve ser larga e completa, o que nem sempre é possivel conseguir-se, porque o tecido do iris se acha na maioria dos casos degenerado, e despedaça-se facilmente pela tracção com a pinça, derramando muitas vezes sangue que mais tarde se torna frequentemente uma causa muito commum de um resultado mau, especialmente sob o ponto de vista optico. Convem pois evitar ou diminuir o mais possivel o gráo de tracção com a pinça nos casos de irido-choroidite chronica com occlusão da pupilla consecutiva á extracção de cataracta. A pequena tesoura de ramos muito finos usada por Liebreich pode nos servir com vantagem.

Contra a irite chronica em que a atropina não tem uma acção apreciavel emprega-se a iridectomia, porem cremos que á ella póde com vantagem substituir a paracenthese da camara anterior, operação esta muito simples e que é recommendada pelo Dr. Sperino de Turin.

Muitas vezes por meio d'ella vimos curar rapidamente a irite chronica, rebelde a todos os outros tratamentos. É evidente que esta operação (que em verdade deve ser repetida diversas vezes com pequenos intervallos) tem vantagens reaes sobre a iredectomia ainda que fosse só por evitar-se o astygmatismo causado muitas vezes pela secção. Além d'isto sabemos com quanta vantagem uma pupilla estreita substitue a perda de accomodação. Duas vezes notamos depois da iridectomia que os doentes soffriam de um astygmatismo mixto muito forte, do qual não padeciam antes da operação.

Na extracção linear da cataracta pratica-se a iridectomia para obter um effeito therapeutico além do mecanico. O iris cujo sphincter é cortado inflamma-se menos facilmente pela acção irritante da sahida do crystallino e pelo resto da substancia cortical que póde ficar no olho.

Quanto ao resultado optico que se quer obter pela iridectomia, sua applicação é muito frequente na cirurgia ocular. É claro que uma mancha da cornea que cobre o campo pupillar prejudicará

sensivelmente a vista; a indicação pois será fazer uma outra pupilla e collocal-a em face de uma parte transparente da cornea. Mas antes de tudo será bom certificar-se o operador da maior ou menor opacidade da mancha da cornea e de sua extensão. Quanto mais opaca e circumscripta é a mancha tanto mais util será a iridectomia; porque as manchas opacas espalhão menos a luz sobre o fundo do olho e mudam menos inconvenientemente a relação entre a claridade da imagem da retina e a do fundo do olho, do que as opacidades ligeiras e extensas.

Eis a razão porque a iridectomia praticada nos casos de opacidades ligeiras mas geraes da cornea deverá ser seguida de pouco augmento da vista.

A iridesis, infelizmente é uma operação muito perigosa quanto as consequencias que d'ella podem resultar (segue-se muitas vezes o glaucoma,) para que sua applicação seja tentada, porque sem isso, poder-se-hia collocar a pupilla no logar conveniente e evitar ao mesmo tempo a acção expansiva das manchas da cornea. Na iridochoroidite chronica ou na irite chronica com oclusão do campo pupillar, a iridectomia é indicada tanto sob o ponto de vista therapeutico, como acabamos de mostrar, quanto sob o ponto de vista optico.

N'estes casos o prognostico dependerá entre outros symptomas da intensidade da exsudação pupillar pela mesma rasão, que acabamos de demonstrar para as manchas da cornea.

Na cataracta stratificada não muito extensa, a iridectomia optica tem grandes vantagens sobre a discissão e a extracção, processos estes longos e perigosos. Temos aqui de observar a extensão e o gráo de opacidade do crystallino: se a opacidade do crystallino for tão pouca que mesmo com a maior contracção da pupilla os raios lumiósos podem atravessar entre a peripheria da opacidade central e o bordo do sphincter pupillar evidentemente a iridectomia não é indicada; entretanto desde que, por um gráo de qualquer contracção, as partes transparentes do crystallino estão fóra da direcção da passagem dos raios luminosos, a iridectomia é indicada e a pupilla artificial deve ser feita pequena, afim de que os medios

refractorios comprehendidos entre o bordo do equador e do corpo ciliar sejam cobertos pelo iris, de sorte que a imagem da retina não seja formada senão pelos raios que atravessarem o crystallino, como já dissémos para as opacidades da cornea. Quanto mais intensa é a opacidade, menor será a quantidade de luz diffusa que penetrará no interior do olho e maior será o contraste entre a claridade da imagem da retina e a do resto do fundo do olho.

Bastantes vezes succede, na extracção da cataracta com abertura da capsula, ficar uma grande quantidade de substancia cortical, além da capsula espessa e opaca no interior do olho, cobrindo o campo pupillar e adherente ao iris. Nos casos de cataracta secundaria póde-se seguir dous methodos de praticar uma abertura para a passagem dos raios luminosos.

Se a cataracta secundaria forma uma camada tenue, a discissão com as agulhas de Bowmann é indicada; se ao contrario a membrana obstruidora é espessa, melhor é praticar-se a iridectomia; porque fazendo a discissão, a massa do crystallino não tardará a inchar e a obstruir de novo o campo pupillar.

Como o tecido do iris está algumas vezes degenerado nos casos de cataracta secundaria, a iridectomia provoca muitas vezes uma hemorrhagia; para prevenir este accidente deve-se servir de tesoura de pernas muito finas.

Nos casos de synechia anterior, quando todo o sphincter está encravado na cicatriz da cornea e quando a abertura pupillar tem desapparecido, a iridectomia optica é indicada; somente n'este caso somos obrigados á fazer um grande coloboma, á sacrificar um pouco da vista para assim precavermo-nos contra o glaucoma symptomatico, que muitas vezes não tarda em manifestar-se em seguida ás tracções do iris.

Tratemos agora do resultado mecanico da iridectomia.

Já dissemos que na extracção linear da cataracta, a iridectomia foi introduzida não só para obter-se um resultado therapeutico, mais tambem um effeito mecanico.

Quando o humor aquoso sahe, a pupilla se contrahe apezar da influencia da atropina, a cataracta deve pois atravessar esta pupilla

estreita e realmente ella o pode fazer, como nos provão os casos da extracção por retalho e os casos que vimos operar por uma secção linear da cornea sem iridectomia. Entretanto o tecido do iris é fortemente estirado e tanto mais o é quanto mais resistencia a cataracta soffre no acto de sahir pela ferida; na secção por retalho este ultimo é facilmente levantado pelo crystallino, em quanto que os bordos d'uma ferida linear se affastam difficilmente, d'onde resultará uma projecção adiante do iris, que então applica-se sobre a face posterior da cornea, de tal modo que a cataracta deve vencer a acção do sphincter pupillar e alargar a abertura da ferida. Eis principalmente, porque nas feridas lineares a iridectomia é indicada se não se quer expor o iris á uma forte contusão.

Examinemos pois as condições que à iridectomia requer na operação da cataracta.

O dilatador palpebral deve ser applicado e o olho immobilisado, porque sem esta precaução, toda a sorte de accidentes, como hemorrhagias, tracções do iris, fórma irregular da pupilla artificial, pódem apresentar-se em consequencia dos movimentos inopportunos do olho operado.

A grandeza da iridectomia depende da largura e lugar da ferida, póde-se regular a altura da pupilla fazendo a secção na cornea ou na sclerotica. Deve-se sempre extrahir a parte do iris que tem como altura a distancia comprehendida entre o bordo pupillar e a linha de secção; porque excisando uma parte menor, tem-se a temer um encravamento do iris. Comvém especialmente cortar o iris nos angulos da ferida, porque é n'estes lugares que o encravamento se produz facilmente, quando a largura do coloboma do iris não está em relação com a da ferida ou quando a fórma do coloboma é irregular: não esqueçamos que os ensaios para a reducção dos bordos do iris são raramente bem succedidos, tanto que quando a cicatrisação não está feita, o thumor aquoso sahindo, arrasta estas partes para os angulos da ferida.

O encravamento do iris nas feridas lineares não prejudica de um modo sensivel a marcha da cura; a suppuração dos bordos da ferida e a irite não são senão raramente a consequencia d'este

accidente, mas este encravamento produz uma fórma irregular da pupilla, podendo augmentar o astygmatismo e ser seguido de staphyloma do iris.

A iridectomia tem ainda a vantagem essencial, isto é, facilita a evacuação dos restos da substancia cortical, ella permitte evacual-os mais facilmente e torna mais difficeis as accumulações d'esta substancia, atraz do iris.

Na iridectomia feita para dar passagem á cataracta, convém não haver sangue e não castigar o iris; porque estes accidentes pódem ter n'este caso uma influencia mais nociva sobre a cura e a vista do que nos casos em que o systema crystallino está intacto.

A irite póde sobrevir em consequencia d'este accidente e deve-se temer a formação de um diaphragma mais ou menos opaco, espesso e muitas vezes persistente, que algumas vezes occupa todo o campo pupillar, entretem a irite e oppõe-se á passagem dos raios luminosos.

Nos casos de hemorrhagia durante esta operação deve-se esperar que ella cesse e que o humor aquoso se reproduza, para evacuar o sangue por ligeiras pressões com a palpebra sobre a cornea antes de continuar os outros tempos da operação.

PROPOSIÇÕES.

PHYSICA.

Nos phenomenos capillares desenvolve-se calor.

CHIMICA MINERAL.

É provavel que diversos metaes sejam corpos compostos.

ANATOMIA DESCRIPTIVA.

Ha um musculo dilatador especial da pupilla.

CHIMICA ORGANICA.

A quina Calyssaia é a mais rica de todas as quinas em quinina.

BOTANICA.

Deve-se cobrir de materia impermeavel as faces das folhas para saber-se o papel que ellas representam na respiração vegetal.

PHYSIOLOGIA.

A pelle é o moderador do calor animal.

ANATOMIA PATHOLOGICA.

O pus é o sangue da pathologia.

PATHOLOGIA GERAL.

A thrichinose deve ser collocada no quadro das molestias infectuosas.

PATHOLOGIA EXTERNA.

O exame da ourina nas molestias cirurgicas é muitas vezes importante.

PATHOLOGIA INTERNA.

A lepra dos Arabes não se propaga nem por desenvolvimento espontaneo, nem por herança, mas somente por contagio.

PARTOS.

Para abreviar o trabalho do parto não se deve dar o centeio espigado senão quando houver certeza de que o parto se possa fazer em pouco tempo depois da sua administração.

MEDICINA OPERATORIA.

A extracção da cataracta em sua capsula por uma secção linear e pela iridectomia é o melhor methodo.

MATERIA MEDICA.

O chloral no tetanos deve ser preferido as outras preparações até agora empregadas.

HYGIENE.

Os hospitaes e cemiterios devem ser afastados do meio das cidades.

MEDICINA LEGAL.

O exame das nodoas de sangue por meio da analyse spectral deve ser preferido aos outros methodos.

PHARMACIA.

A preparação do acido prussico segundo a pharmacopéa de Noruega é preferivel á todos os outros methodos de preparal-o.

CLINICA EXTERNA.

O apparelho de Javal merece, tanto sob o ponto de vista pratico como sob o ponto de vista theorico, a preferencia sobre os outros methodos para determinar o astygmatismo.

CLINICA INTERNA.

Na molestia chronica de Bright é indicado substituir o mais possivel as funcções dos rins pelas da pelle.

HYPOCRATIS APHORISMI.

I.

Ubi fames non opportet laborare.

(*Sec. 3.a Aph. 16.*)

II.

In omni morbo mente valere, et bene habere ad ea quæ offeruntur, bonum est.

(*Sec. 2.a Aph. 33.*)

III.

Somnus, vigilia, utraque modum excedentia, malum.

(*Sec. 2.a Aph. 3.o*)

IV.

Ad extremos morbos extrema remedia, exquisité optima.

(*Sec. 1.a Aph. 6.o*)

V.

Ubi sommus delirium sedat, bonum.

(*Sec. 2.a Aph. 2.o*)

VI.

In morbis acutis extremarum partium frigidus, malum.

(*Sec. 11. Aph. 46.*)

Typographia de J. G. Tourinho.

Remettida á Commissão Revisora. Bahia e Faculdade de Medicina 5 de Maio de 1871.

Dr. Gaspar.

Está conforme os Estatutos. Faculdade de Medicina da Bahia 6 de Maio de 1871.

Dr. Moura.
Dr. Demetrio.
Dr. V. C. Damazio.

Imprima-se. Bahia e Faculdade de Medicina 6 de Maio de 1871.

Dr. Magalhães